Ein Fall von Conglutinatio orificii externi intra partum.

.....

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Medizinischen Fakultät der Kgl. bayr. Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

HEINRICH SCHLÜTER
Medizinalpraktikant.

.....

1913
Wuppertaler Aktien-Druckerei, Elberfeld.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent: Herr Geheimrat Prof. Dr. Döderlein.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153312_0166

Die abnormen Widerstände, die von seiten der Mutter der Beendigung der Geburt entgegenstehen, sind rigide Weichteile und enges Becken. Obgleich das enge Becken durch seine Häufigkeit, durch die Schwere und Mannigfaltigkeit seiner Folgen sicherlich im Vordergrunde unter den Ursachen regelwidriger Geburten steht, so sind doch die Störungen, die die weichen Geburtswege bei der Geburt setzen, nicht zu gering anzuschlagen. L. Seitz (Archiv für Gynäkologie Bd. 90) hat bei 5000 Geburten der Münchener Frauenklinik unter Ausschluß des engen Beckens die Dauer der zweiten Geburtsperiode berechnet und gefunden, daß sie in 684 Fällen mehr als zwei Stunden gedauert hat. Die Verzögerung der Austreibung kam in 376 Fällen = 54,8% durch rigide Weichteile, in 95 Fällen = 13,8% durch großes Kind, in 87 Fällen = 12,7% durch primäre und sekundäre Wehenschwäche und in 14% durch vorzeitigen Blasensprung und nicht zu ermittelnde Ursachen.

Die Anomalien der weichen Geburtswege, die den Geburtsverlauf erschweren, sind Mißbildungen und krankhafte Zustände der Vulva, des Hymens, der Vagina und der Cervix, schließlich auch Lageveränderungen des Uterus.

Die Aufgabe dieser Arbeit soll es sein, im Nachfolgenden einen Fall von Verklebung des äußeren Muttermundes „Conglutinatio orificii externi intra partum" anzuführen.

Im Februar d. J. gelangte der hier anzuführende Fall in der Münchener Universitäts-Frauenklinik zur Beobachtung.

Anamnese. Katharina Franck, Straßenarbeitersfrau, ist 43 Jahre alt und eine IX para. Der Vater ist 76 Jahre alt gestorben, Mutter und Geschwister

sind gesund. In der Jugend ist Patientin bis auf Masern nie krank gewesen. Die stets regelmäßigen Menses haben mit 16 Jahren begonnen und waren 4—6 Tage stark. Der Verlauf der früheren Schwangerschaften war gut, alle acht Geburten waren spontan, auch das Wochenbett verlief jedesmal gut. Die letzte Geburt war vor 11 Jahren. Die letzte Regel war am 2. Mai 1911. Während der jetzigen Schwangerschaft hatte Patientin im IV. Monat viel Krämpfe.

I.

Schwangerschaft.

1. Allgemeinzustand der Mutter. Die Mutter ist ziemlich groß, von gutem Ernährungszustand und Knochenbau und kräftiger Muskulatur. Lunge und Herz sind ohne Befund. Oedeme sind nicht vorhanden. Die Temperatur ist 37,2°.

2. Schwangerschaftsdiagnose: Es handelt sich um einen IX para am Ende der Schwangerschaft. Das Kind liegt in Schädellage, lebt und ist ziemlich groß. Die äußere Untersuchung konnte wegen Zeitmangel nicht vorgenommen werden. Die innere Untersuchung ergab folgendes: Aeußere Genitalien und Scheide sind ohne Befund. Aeußerer Muttermund, Cervikalkanal, innerer Muttermund, Muttermundsrand sind nicht zu fühlen. Die Fruchtblase steht. Der vorliegende Teil ist der Kopf. Er steht in Beckenweite.

II.

Geburt.

Die Geburt des Kindes ist um 11 Uhr 30, die der Placenta um 12 Uhr 50 am 11. II. 1912 bendet. Die Placenta wird mittels Crede'schen Handgriffes wegen Blutungsgefahr entfernt.

Hilfeleistung bei der Geburt.

Indikation: Unmöglichkeit der Geburt wegen conglutinierenden Muttermundes.

Art: Erweiterung des conglutinierenden Muttermundes und Forceps, ausgeführt durch Herrn Geheimrat Döderlein.

Geburtsverlauf.

Patientin wird von außen eingeliefert, weil kein Muttermund zu fühlen ist. Sie wurde draußen von Arzt und Hebamme mehrfach untersucht. Sie gibt an, seit ca. 8 Tagen mäßige Wehen gehabt zu haben und erst 11 Uhr nachts seien die Wehen viel intensiver geworden. Es geht wenig Blut ab. Bei der Untersuchung im Speculum findet sich die Harnröhre radiär mehrfach eingerissen, ihre Schleimhaut etwas prohabiert, leicht blutig imbibiert, geringe parenchymatöse Blutung. Ueber der Harnröhre zeigt sich ein kleiner 1 cm langer Schleimhautriß. Bei der inneren Untersuchung findet man in der Beckenmitte einen großen harten Kindesteil, der von einer dünnen sich derb anfühlenden Membran überzogen ist. Durch diese Membran hindurch lassen sich deutlich die Fontanellen abtasten. Ein Muttermund ist nirgends zu fühlen. Es muß infolgedessen an eine Conglutinatio des Muttermundes gedacht werden, als deren Folge sich durch die Geburtsarbeit das untere Uterinsegment ad maximum gedehnt hat. Bei der Einstellung mit großen und breiten Speculis, die durch starkes Prohabieren der vorderen und hinteren Scheidenwand sehr erschwert ist, findet man ein kleines Loch, das aussieht wie eine Fistel. Bei Eingehen in dieses Loch mit der Kornzange erweitert sich plötzlich dieses dem Muttermund entsprechende orificium ganz rapide. Der Muttermund stülpt sich über den Kopf zurück, so daß es mit Leichtigkeit gelingt, den ziemlich tiefstehenden Kopf mit der Zange zu entwickeln. Zwei seitliche Cervixrisse werden genäht. Uterus war stark myomatös. Nach Geburt wird die Placenta durch Crede'schen Handgriff wegen Blutungsgefahr entfernt.

Fruchtbefund.

a) Kind.

Reifer Knabe von 51 cm Länge und 3000 Gramm Gewicht, lebt. Kopfdurchmesser: F. O. 11,5 cm. B. P. 9 cm. B. T. 7,5 cm. M. O. 14 cm. S. B. 9 cm.

Circf. occip. front. 34 cm. Circf. subocc. front. 32 cm. Durchmesser und Umfang der Schulter 37 cm, der Brust 34 cm, der Hüften 29 cm.

b) Nabelschnur.

58 cm lang, 1½ cm dick. Insertion seitlich — Windungen wenig — Eihäute vollständig — Dicke normal — Riß am Rande.

c) Placenta.

Vollständig. Gewicht 680 Gramm. Größe und Dicke 19 + 21. 2½ rund. Gewebe gemischt.

Wochenbett.

Am zweiten Tage tritt Temperatursteigerung ein. Die Temperatur steigt auf 38,5°. Von da ab hohe Temperaturen, schwere septische Diarrhöen. Die Blutabnahme ergibt keine Bakterien im Blute. Exitus erfolgt unter Erscheinungen schwerster Sepsis am 21. II. 1912, 9 Uhr vormittags.

Klinische Sektion.

Länge 164. Gewicht 60. Gehirn 1370. Linke Lunge 510, rechte Lunge 640, Herz 310, Leber 1680, Milz 230, Nieren 330.

Leiche einer mittelgroßen Frau, Totenstarre in Lösung. Haut der unteren Extremitäten etwas ödematös, Leib aufgetrieben, weich. Panniculus adiposus am Bauch 1 cm dick. Schlaffe, trockene etwas brüchige Muskulatur. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich, daß die Darmschlingen stark gebläht sind. Besonders gebläht erscheinen die Darmschlingen des unteren Blinddarms. Es finden sich Verklebungen derselben unter einander, sowie mit parietalem Peritonealblatt. Serosa der Dünndarmschlinge feucht, fleckig, hyperä-

misch mit fibrinösen Ausschwitzungen. Nach dem kleinen Becken zu werden die Verklebungen etwas derber. Der kleine Beckeneingang verschlossen durch den Uterus. Körper desselben kindskopfgroß, überragt mit seiner Kuppe um die Breite dreier Querfinger die Symphysis ossis pubis. Zwischen Vorderwand des Uterus und Blase eitriger Liquor von geringer Menge. Zwerchfellstand rechts unterer Rand der 4. Rippe, links 5. Rippe. Es werden zunächst die Darmschlingen herausgenommen. Dabei zeigt sich, daß das Cöcum stark gebläht ist; dasselbe hat langes Aufhängeband. Appendix o. B. Linke vena sparmatica interna in ihrem Lumen frei. Gefäßrohr weit. Auf die rechte vena sparmatica o. B. Rechte vena femoralis enthält in ihrem Lumen ebenfalls nur flüssiges Blut. Der Stamm der unteren Hohlvene, sowie ihre nervösen Verzweigungen ohne thrombotisches Material. Auch die Hypogastricae frei. Blase enthält nur wenig Urin, glatte Schleimhaut, an der Rückwand einige Venen etwas stärker injiziert. Weite Scheide, ihre Schleimhaut bläulich, ohne Substanzverluste. Cervicalkanal zeigt keine defekte Schleimhaut. Uterushöhle geräumig. In derselben schmierig schleimiger, rötlich gefärbter Inhalt, auch fetzige Massen an der Vorderwand des Uterus. Auf Durchschnitten durch die Wandung finden sich in den Gefäßen keine Veränderungen. Die Tuben aufgelockert, ödematös in ihrer Wandlung, zeigen sonst nichts besonderes. Ovarien groß, saftig, sonst kein Befund. Venen der oberen Thoraxapertur enthalten flüssiges Blut. Herz im Herzbeutel etwas klein, fühlt sich schlaff an. Ostia venosa von normaler Weite. Sektion des Herzens ergibt rechts einen weiten Vorhof, weite Ventrikelhöhle, sehr schlaffe Muskelwandung. Endocard fleckig hyperämisch. Weite linke Ventrikelhöhle, abgeplattete Trabekulae carneae, fleckige subendocardiale hyperämische Bezirke. Aortenklappen in Bereich der Schlußlinie leicht fibrös.

An der hinteren Aortenklappe ein Kranz feiner wärzchenförmiger Excrescenzen, sowie eine kleine fadenförmige Prominenz am freien Rand der Klappe. Kranzgefäße in ihren größeren Aesten weit. Lumen der Gefäße frei von Thromben. Herzmuskel auf dem Schnitt hellgelblich bräunlich, saftig, dabei ganz matt, von stumpfem Rand. In der linken Pleurahöhle eitrige Flüssigkeit. Pleura costalis und besonders Pleura pulmonalis der linken Lunge mit dicken fibrinösen Auflagerungen versehen. Größere Lungenarterienäste links o. B. Schleimhaut des Bronchialbaumes leicht gerötet. Schleimig eitriger Inhalt im Bronchialbaum. Schnitte durch die Lunge zeigen einen großen Saftreichtum der Schnittflächen, Oedem des Oberlappens, dunkelblaurote Verfärbung des Unterlappens. Reduzierter Luftgehalt des Organs. Rechte Pleurahöhle frei. Rechte Lunge: Bronchialdrüsen anthrakotisch, groß, saftig, Lungengefäße o. B. Schnitte durch das Organ zeigen eine starke, saftreiche Schnittfläche aller Lappen. Mittel- und Oberlappen lufthaltig. Unterlappen in seinem Luftgehalt etwas reduziert.

Magen ausgedehnt, enthält galliggefärbte Flüssigkeit. Schleimhaut blaß, im Pylorusteil höckerig. An der kleinen Curvatur ein fleckig hyperämischer Bezirk. Gallenwege o. B. Pfortader frei in ihrem Lumen. Gallenblase enthält geringe schleimige Galle. In derselben 8 facietierte Konkremente, Schleimhaut etwas atrophisch, sonst o. B.

Pankreas groß, saftig auf der Schnittfläche, sonst o. B. Untere Hohlvene hinter der Leber weit, Lebervenenäste ohne Thromben. Leber groß, teigig. Schnittfläche fleckig, gelblich bräunlich, trübes, etwas morsches Parenchym.

Linke Nebenniere: fettreiche Rinde. Marksubstanz in beginnender Erweichung. Rechte Nebenniere wie die linke; linke Niere groß. Capsula fibrosa löst sich leicht. Organ in seiner Konsistenz reduziert, blaß,

auf dem Schnitt ganz verwaschene Zeichnung. Rinde matt, stumpf in ihrem Glanz, kleines Nierenbecken. Nierenbeckenschleimhaut o. B., rechte Niere steht sehr tief. Unterer Pol des Organs ein Querfinger vom Beckeneingange entfernt. Gefäße gehen nach unten zum Organ. Rechte Niere etwas kleiner als die linke. Konsistenz dieselbe. Nierenbecken o. B. Arteria aorta von normaler Weite. Intima des Gefäßes glatt. Gefäßrohr gut elastisch. Größere Aeste des Organs o. B.

Die Inspektion der Organe der Mundhöhle zeigt eine kleine geringe Reduktion der Follikularsubstanz des Zungengrundes. Tonsillen etwas athrophisch, auf Schnitten ohne weitere Besonderheit. Kehlkopf, Trachea o. B. Schilddrüse in allen ihren Teilen groß. Auf dem Schnitte finden sich multiple Colloidknoten im rechten Seitenlappen. Außerdem findet sich noch dem rechten unteren Pol des rechten Seitenlappens anhängend ein haselnußgroßer Colloidknoten. Milz groß, Kapsel leicht gerunzelt, Pulpa von bläulich roter Farbe, weich. Sektion des Darmes zeigt eine blasse Schleimhaut des Dünn- und Dickdarmes sonst o. B.

Dura mater etwas gespannt. Innenfläche der Dura mater trocken. Gyri etwas abgeflacht. Sulci wenig tief. Sinus der harten Hirnhaut o. B. Gefäße der Hirnbasis zart, frei in ihrem Lumen. In den Hirnhöhlen etwas vermehrter Liquor. Hirnmasse feucht. Konsistenz etwas lederartig, sonst o. B.

Diagnose.

Uterus postpartum. Placentarrest an der Vorderwand des Uterus. Sogenannte septische Endometritis. Eitrig fibrinöse, exsudative Pelveoperitonitis, bereits etwas älter. Ganz frische diffuse Peritonitis des Oberbauches. Linksseitig fibrinös eitrige Pleuritis mit Exsudat und mäßiger Compression des linken Unterlappens. Schwere parenchymatöse Degeneration von Leber und Nieren. Struma nodosa colloides. Cholelithiasis. Oedem des Hirns. Rechtsseitige Nephroptose.

Im Ausstrich aus dem Inhalt des Uterus massenhaft Diplokokken ohne Kapsel.

Aetiologie.

Hinsichtlich der Aetiologie gehen die Meinungen verschiedener Autoren noch sehr auseinander. Die einen suchen sie als eine bloße Verklebung, die anderen als eine Verwachsung infolge des durch eine Entzündung hervorgerufenen Verlustes der Epithelien hinzustellen.

Im Folgenden seien die Ansichten einiger Geburtshelfer, die sich zu der Frage der Aetiologie der Conglutinatio geäußert haben, angeführt:

N a e g e l e sagt in den Heidelberger Med. Annalen 1836 hierüber folgendes: „Fragen wir uns, wie diese Verklebung des Muttermundes entstehe, so ist wohl hier, wie bei anderen Verwachsungen anzunehmen, daß ihr ein vorausgegangener entzündlicher Zustand zugrunde liege, mag dieser nun durch eine eigentümliche Anlage des Gebärmutterhalses oder durch darauf einwirkende Reize hervorgerufen worden sein. In einigen der bekannt gewordenen Fällen war Vorfall der Scheide, weißer Fluß usw. zugegen; in anderen Fällen wurde infolge einer wenig intensiven Entzündung wahrscheinlich plastische Lymphe abgesondert, welche Ränder des Muttermundes miteinander verklebte; durch Entwicklung von Gefäßen darin wurde jenes Exsudat zu einer organischen Membran."

„Vielleicht auch möchte der Prozeß, wodurch unsere Verklebung des Muttermundes zustande gebracht wird, dem ähnlich sein, welcher die Decidua nach der Konzeption erzeugt; ja wäre es nicht selbst möglich, daß eben in dem Zeitraume, wo kurz nach der Empfängnis im Kanale des Muttermundes jene kosistente, derbe Gelatine abgesondert wird, unsere Verwachsung, wenn zufällig noch irgend ein Reiz diese Teile trifft, ihren Ursprung nehmen?

Offenbar bedarf es aber eines umso geringeren Reizes zur Erzeugung einer solchen Aftermembran, als ja nach der Konzeption die Gebärmutter in einem progressiven Entwicklungsprozeß begriffen ist, der einen der Entzündung ähnlichen Zustand darstellt.

Ueber die Zeit der Entstehung dieser Verklebung des Muttermundes stellt sich nichts bestimmtes heraus, da ihr Vorhandensein vor dem Beginn der Geburt meist verborgen bleibt, jedenfalls ist anzunehmen, daß sie erst nach der Konzeption entsteht; in einem der bekannt gewordenen Fälle ist erwiesen, daß der Muttermund 6 Wochen vor der Geburt noch offen war."

Zweifel äußert sich im Archiv für Gynäkologie B. 5, S. 145, folgendermaßen:

„So sehr die klinische Seite Naegeles zu adoptieren ist, glaube ich betonen zu müssen, daß die ganze Affektion ohne irgend welche Läsion der Epithelien zu denken ist, und ich möchte diese Verklebung am ehesten vergleichen mit der Verklebung der Augenlider durch das verdickte Secret der Konjunktiva, natürlich mit Berücksichtigung der ganz veränderten Bedingung, Zutritt von äußerer Luft usw. Schließen wir an diesen Vergleich eine kurze Analyse der einzelnen Symptome an, so will auf den ersten Blick der Abgang von Blut, den einzelne erwähnen, mit bloßer Verfilzung ohne eine Kontinuitätstrennung der Schleimhaut nicht stimmen. Es spricht gerade die Zerreißung von Gefäßen für einen inneren Zusammenhang der gegenüberliegenden Schleimhautflächen. Wir vermissen aber für die betreffenden Fälle genauere Angaben, wie die Eröffnung gemacht wurde, ob nicht der Fingernagel die Verletzung der Schleimhaut erst bewirkt hat, und wissen anderseits, wie bei verklebten Lidern ein brüskes Eröffnen auch einzelne Kapillaren zerreißen kann; gehen wir weiter die Angaben früherer Fälle mit Rücksicht auf unsere Hypothese durch, so erwähnt Naegele, beim Durchtrennen das Gefühl

wie bei Zerreißung von Fasern oder Fäden gehabt zu haben; Siebold beschreibt die verschließende Substanz als fadenartiges Schleimgewebe; Leopold als zusammengebackenen Schleim; Stolz als Mucosités épaissies."

Löhlein sagt (Zeitschr. f. Gyn. u. Geburtsh. I., S. 173) folgendes:

„Fragen wir, wie in solchen Fällen, d. h. nach abgelaufenen Entzündungsprozessen, die Verklebung entsteht, und woraus das Verklebende, die Eröffnung des Muttermundes behindernde besteht, so herrscht hierüber keine vollständige Klarheit, jedenfalls keine Einigkeit bei den Autoren.

Die einen nehmen an, daß es sich nur um ein gedicktes, zusammengebackenes Sekret handelte, wie denn von Lachapelle z. B. das Hindernis als „obturation par des mucosités gélatineuses et épaissies", von Stolz als „mucosités épaissies" bezeichnet, und von Zweifel mit der Verklebung der Augenlider durch das verdickte Sekret der Konjuktiven verglichen wird. Von den anderen dagegen wird es zurückgeführt auf eine oberflächliche, leicht trennbare Verwachsung infolge von entzündlichen Vorgängen. So sagt W. J. Schmidt, daß es „eine oberflächliche Verwachsung des äußeren Randes der Muttermundlefzen darstelle, die man eine organische Verklebung nennen könnte". Ebenso meint Naegele, daß hierbei wie bei anderen Verwachsungen anzunehmen sei, daß ihr ein entzündlicher Zustand zugrunde liege. Weiter wird von mehreren Autoren gerade aus dem Umstand, daß die wenn auch leichte Trennung der Membran- oder fadenartigen Verbindungen zwischen den Mutterlippen öfters von einem geringen Blutabgang gefolgt war, ein Beweis dafür entnommen, daß es sich um organisiertes Gewebe, nicht um ein gedicktes Sekret gehandelt habe. Meiner Meinung nach läßt der Ueberblick über das vorhandene klinische Material keinen Zweifel dar-

über, daß beide Arten leichttrennbarer Verschließung der untersten Partie des Cervikalkanals vorkommen.

Diejenigen, welche nicht zugeben wollen, daß eine leichte Verklebung durch Sekret einer kräftigen Wehentätigkeit ernstlichen Widerstand leisten könnte, möchten wir besonders daran erinnern, daß eine solche Verklebung allerdings nur dann die Eröffnung verhindern können wird, wenn gewisse begünstigende Nebenumstände vorhanden sind."

Zu diesen rechnen wir:

1. Die ursprüngliche Kleinheit des Muttermundes, und die dem I-Paris eigentümliche Form desselben.

2. Häufig eine erheblichere Unnachgiebigkeit des Gewebes, wie sie besonders den älteren I-Paris zugesprochen wird.

3. Nicht selten eine durch ungewöhnlich feste Verwachsung der Eihäute mit dem Endometrium erschwerte Blasenstellung."

Spiegelberg (Lehrbuch der Geburtshilfe): „Die Verklebung der Muttermundslippen ist durch oberflächliche Verbindung der letzteren mittels wirklichen Gewebes (adhäsive Entzündung als Folge von Vaginitis oder Endometritis colli oder auch mechanische Reizung) oder nur mittels eingedickter epithelealer Massen bewirkt. (Epithelealer Atresie.)"

Winckel (Lehrbuch der Geburtshilfe):

„Der Verschluß des äußeren Muttermundes kommt bei jugendlichen und alten Erstgeschwängerten und bei Mehr- und Vielgeschwängerten zustande, wenn infolge von Katarrhen, Verwundungen oder Aetzungen ihres Epithels beraubten Stellen der Mutterlippen aneinander liegen. Dann tritt erst eine Verklebung - conglutinatio — ein. In diese wandern farblose Blutkörperchen, es kommt zur Bildung von Gefäßen, Bindegewebe und Muskel, und die neugebildete Verbindung erlangt bald eine gewisse Dicke und Festigkeit, aber auch wenn dieselbe noch nicht mehr als ein zartes

Epithel oder Bindegewebe ist, kann sie bei der Geburt ein wesentliches Hindernis bilden, indem sie ein Eintreten der Blase in den Muttermund unmöglich macht."

Olshausen-Veit (Lehrbuch der Geburtshilfe):

„Man hat sich viele Mühe gegeben, dies eigentümliche Verhalten des äußeren Muttermundes zu erklären. Da derselbe früher offen gewesen sein muß, — die Frauen waren menstruiert und sind schwanger geworden —, so hat man meistens angenommen, daß während der Schwangerschaft eine Verklebung oder Verwachsung der Muttermundslippe, über deren Ursachen und Natur man stritt, stattgefunden haben müsse."

Nach Schröter's Beobachtungen, denen wir uns anschließen, handelt es sich bei der Conglutinatio niemals um einen vollkommen verschlossenen, sondern nur um einen sehr engen Muttermund. Regelmäßig entdeckt man, selbst wenn das Gefühl im Stich läßt, im Speculum den Muttermund an einem kleinen aus ihm heraushängenden Schleimtröpfchen. Es handelt sich deswegen bei der sogenannten Conglutinatio gar nicht um einen während der Schwangerschaft überwundenen Krankheitsprozeß, sondern der kleine Muttermund Erstgebärender und besonders älterer Erstgebärender ist oft ungemein eng, und seine unmittelbare Umgebung infolge alter katarrhalischer Reize sehr fest und derb. In derartigen Fällen wird in der gewöhnlichen Weise der innere Muttermund erweitert und am Ei nach oben in die Höhe gezogen, die Cervikalwände werden lang ausgezogen und allmählich stark verdünnt. Dabei gibt der feste Ring des ganz kleinen äußeren Muttermundes nicht nach, und wenn erst ein Teil des Eies in die Cervix hineingeboren ist, und die Wandungen der Cervix papierdünn geworden sind, so findet überhaupt auf den Ring des äußeren Muttermundes kein Zug mehr statt, der ihn erweitern

könnte. Das kleine, von einem derben Rand umgebene Löcherchen des äußeren Muttermundes leistet dann größeren Widerstand, als die ganz dünn gewordene Cervixwand, so daß die letztere eher reißt, als daß der äußere Muttermund sich erweitert. Es handelt sich bei der sogenannten Conglutination um Starrheit des äußeren Muttermundsaumes, um eine mangelnde Erweiterungsfähigkeit, nicht um einen Verschluß des Muttermundes, und der Vorgang ist ganz analog dem Cervikalabort, nur daß bei letzterer der Uterus zur Ruhe kommt, weil er das kleine Ei vollständig in die gedehnte Cervix ausstößt."

Ohlshausen (Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn. Bd. 58):

„Nach Annahme älterer Autoren, ich meine da Lachapelle, Naegele, handelt es sich um ein Zusammenbacken der Wand im untersten Teil des Cervikalkanals durch dickliche, geleeartige Massen. Ich glaube nicht irrig zu gehen in der Annahme, daß es sich um den in abnormer Weise eingedickten und mit den Wandungen des Cervix festverklebten Cervikalschleim handelt. Der in der Schwangerschaft dort in vermehrter Menge sich bildende glasige Schleim löst sich wohl in der Mehrzahl der Fälle schließlich von der Cervikalwand los und stößt sich unmerklich schon vor der Geburt ab. Dann und wann sieht man aber doch, besonders bei Erstgeschwängerten, die Ausstoßung eines mächtigen solchen, fest zusammengeballten Pfropfens erst unter der Geburt erfolgen. Die Annahme erscheint nicht widersinnig, daß in einzelnen Fällen dieser Pfropf durch starke Eindickung mit der unterliegenden Wand fester verklebt und das besagte Hindernis der Eröffnung des Muttermundes abgibt."

Diagnose.

Die Erkenntnis der Verklebung — Conglutinatio — ist nach Winckel eine leichte. Die Muttermundsöffnung fehlt, und an Stelle derselben, von einem fla-

chen Wulste umgeben, findet sich eine glatte Vertiefung, durch welche man den vorliegenden Kindesteil mehr oder weniger betasten kann. Es stellt sich keine Blase, vor allem aber ist ein Eindringen in den Muttermundhals und ein Abheben desselben von dem vorliegenden Kindesteil unmöglich.

Nach Ohlshausen ist der Befund einer wirklichen Conglutinatio folgender: „Man fühlt, wenn man frühzeitig zur Gebärenden kommt, keine Portio, und den Muttermund entwender nur als kleine Grube, oder man fühlt überhaupt keine Andeutung eines Muttermundes. Wo der Muttermund zunächst garnicht zu entdecken ist, hat man ihn niemals an der tiefsten Stelle des herabgedrängten vorderen Seitengewölbes zu suchen, sondern meist nach dem Kreuzbein zu umso mehr nach hinten, je tiefer der Kopf die Cervix schon herabgedrängt hat, seltener mehr nach vorn. Da es sich immer, oder fast immer um Primiparae handelt, so steht der Kopf auch gewöhnlich schon im Beckeneingang oder tiefer. Bemerkenswert ist, daß keine Härte irgend welcher Art zu fühlen ist. Alles ist weich. Die Cervix ist schon bei etwas länger dauernder Wehenwirkung so dünn, daß man beim ersten Tuschieren die Wand der Cervix und des unteren Segmentes für die Fruchtblase halten kann. Tatsächlich hat dies schon zu falscher und gefährlicher Therapie geführt, indem man versuchte, die Fruchtblase zu sprengen. Im weiteren Verlaufe entdeckt man vielleicht entweder mit dem Finger oder mit einer dünnen Uterussonde ein Grübchen, in welches sich die Uterussonde einbohren läßt.

Therapie.

Zunächst hat man mit Hilfe des Spekulum den Muttermund oder wenigstens die Andeutung desselben einzustellen. Dann genügt meistens, wie in diesem Fall, das Eingehen mit der Sonde oder Kornzange, um zu bewirken, daß der Muttermund „wie eine Iris aus-

einanderschnellt". Ganz im Gegensatze zu Atresie des Muttermundes, wozu Zweifel bemerkt: „Die Verklebung trennte man deswegen von der Verwachsung, obschon beide den gleichen Untersuchungsbefund geben, weil bei der ersteren das Brechen des Widerstandes, das Einschieben einer Uterussonde oder eines Fingers schon genügt, um das Hindernis zu beseitigen, und der Muttermund sich nachträglich ohne Schwierigkeiten vollständig erweitert."

Jedenfalls ist das blutige Vorgehen nach verschiedenen Autoren abzulehnen. Zweifel sagt hierzu: „Zur Therapie ist nur zu bemerken, daß eine künstliche Herstellung eines Muttermundes dadurch, daß man mit schneidenden Instrumenten die vordere Uteriwand durchtrennt, bei Conglutinatio orificii uteri externi nie zu entschuldigen ist. Wenn meine Theorie richtig ist, so sollte in künftigen Fällen eine Dusche warmen Wassers, aber nur, wenn sie durch ein Spekulum direkt auf den verdickten Schleim geleitet wird, eine Aufweichung ermöglichen. Ueberhaupt ist von der Verwendung des Spekulums, das früher von Depaul schon angegeben worden, noch in mancher Beziehung Aufklärung zu erwarten, nur muß man es nicht machen, wie Depaul, der entgegen dem guten Rate in keiner Weise mit Lösung des Schleims sich abmühte, sondern einfach aufgeschnitten hat. Der zweite Punkt wäre dann noch, auf die Einstellung des Kopfes sein Augenmerk zu richten und diese in entsprechender Weise zu behandeln."

Die blutige Erweiterung des Muttermundes wird auch von Naegele verworfen. Er sagt: „Daß die Eröffnung des Muttermundes mittels schneidender Werkzeuge der angegebenen einfachen Operationsweise nachstehe, wird, wie ich glaube, nicht in Abrede gestellt werden können; denn, wenn auch der Schnitt von geübter, sicherer Hand vollführt, nicht gerade gefährlich ist, indem die Erfahrung lehrt, daß die Gebär-

mutter selbst bedeutende Verletzungen ohne üble Folgen erträgt, so läßt sich doch nicht verkennen, daß, wenn der weniger geübte diese Methode, nach dem Beispiele gewandter Operateure, zur Eröffnung des Muttermundes wählt, daraus viel Unheil erwachsen, und der Kreißenden mehr geschadet als genützt werden kann, ja es könnte selbst z. B., wenn die Fruchtblase durch den Schnitt verletzt wird, der infolge des nun entstandenen Wehendranges kräftig herabdrükkende Kindskopf durch das Instrument verletzt werden."

Der Zeitpunkt des Eingreifens ist der Beurteilung des Geburtshelfers zu überlassen. Es ist ratsam, erst dann anzugreifen, wenn die Wehen kräftig und das untere Uterinsegment entsprechend gespannt ist, natürlich vorausgesetzt, daß hierbei für Mutter und Kind keine Gefahr vorliegt. In diesem Falle müßte eine forciertere Geburtsbeendigung Platz greifen, wie der abdominelle (Kaiserschnitt) oder vaginale Kaiserschnitt.

Zum Schlusse gestatte ich mir, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Döderlein für die Ueberlassung des Falles meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur-Verzeichnis.

Ahlfeld: Berichte und Arbeiten. II. Bd., S. 132.
v. Bardeleben: Ueber die sogenannte „Conglutinatio orificii uteri externi". (Archiv f. Gyn., Bd. 76.)
Benicke: Ueber Geburtsstörungen durch die weichen Geburtswege. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. II, S. 232.
H. W. Freund: Die Mechanik und Therapie der Uterus- und Scheidengewölberisse. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 23, Heft 2.
Garkisch: Geburtshindernisse von seiten der Weichteile, welche die Sectio Caesaria indizieren. Prager Med. Wochenschr. 1905, Nr. 37 u. 38.
Kalker: De Conglutinatione orificii uteri externi. Inaug.-Dissert. Berlin 1866.
Lachapelle: Practiques des accouchements, tom III. Paris 1825.
Löhlein: Zur Lehre von der Conglutinatio orificii uteri externi. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. I, S. 373.
Naegele: Mogostica e conglutinatione orificii uteri externi. Commentatio, Heidelberg 1835.
Naegele: Ueber die Verklebung des äußeren Muttermundes als Geburtshindernis. Heidelberg Med. Ann. 1836. II. S. 185.
Ohlshausen: Conglutinatio oris uteri. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 58, S. 171.
Oppenheim: Beiträge zur Kenntnis der Conglutinatio und Atresia uteri intra partum. Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.
Scanzoni: Lehrbuch der Geburtshilfe.
Schwarz: Ueber Conglutinatio orificii uteri externi. Inaug.-Dissert. Memmingen 1880.
Schuster, H.: Zwei Fälle von Atresia uteri intra partum. Inaug.-Dissert. München 1907.
Seitz, L.: Ueber Weichteilschwierigkeiten, ihr Einfluß auf die Kindersterblichkeit unter der Geburt, ihre Behandlung, insbesondere mit der vaginalen Hysterostomie. Archiv f. Gyn. Bd. 90, H. 1.
Spiegelberg: Lehrbuch der Geburtshilfe.
Ströll: Ueber Atresia uteri als Geburtshindernis. Inaug.-Dissert. München 1880.
Winckel: Lehrbuch der Geburtshilfe.
Zweifel: Lehrbuch der Geburtshilfe.
Zweifel: Ueber Conglutinatio orificii uteri externi. Archiv f. Gyn. V. S. 145.

Lebenslauf.

Geboren am 21. August 1887 zu Nordkirchen, Kreis Lüdinghausen in Westfalen, als Sohn des Domänensekretärs Aug. Schlüter, besuchte ich, Heinrich August Schlüter, bis zum Jahre 1900 die Volksschule meiner Heimat. Dann von 1900 bis 1907 das Gymnasium zu Meppen, an dem ich im März 1907 das Zeugnis der Reife erhielt. Darauf studierte ich in Freiburg i. Br. und Münster Medizin. Die ärztliche Vorprüfung legte ich in Münster im Sommer 1909 ab. Alsdann setzte ich mein Studium in München und Berlin fort. Am 12. Juni 1912 bestand ich in München meine ärztliche Prüfung.